

AVALIAÇÃO DO PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES COM TRANSTORNO DO
DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE EM UMA CIDADE DO SUL DE SANTA
CATARINA

EVALUATION OF THE EPIDEMIOLOGICAL PROFILE OF PATIENTS WITH ATTENTION
DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN A CITY IN THE SOUTH OF SANTA
CATARINA

Guilherme Dagostim Goulart¹

Gabriel Dagostim Goulart²

Luiz Antônio De Lucca³

Fonte de financiamento: Não existe fonte de financiamento

¹Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. E-mail: guilhermedagoulart@gmail.com

²Acadêmico do Curso de Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. E-mail: gabrieldagostim7@gmail.com

³Bacharel em Medicina, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, Santa Catarina, Brasil. E-mail: luizdelucca777@gmail.com

Resumo: O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do neurodesenvolvimento que causa impactos educacionais e sociais nos indivíduos acometidos, estando associado a uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos coexistentes. Este estudo teve como objetivo descrever o perfil epidemiológico de pacientes com TDAH em uma cidade do sul de Santa Catarina. Trata-se de um estudo retrospectivo descritivo, com coleta de dados secundários de prontuário. Os dados coletados foram analisados com auxílio do software GNU PSPP. Foram avaliados 61 pacientes com TDAH atendidos no serviço de neurologia da Unidade de Referência em Saúde de Cocal do Sul, Santa Catarina, no período de 2021 a 2024. O presente estudo encontrou que 72,1% dos pacientes se encontravam na faixa etária de 0 a 11 anos, 57,4% apresentavam comorbidades associadas, sendo que 19,7% tinham insônia, 27,9% tinham Transtorno Opositor Desafiador e 19,7% possuíam Transtorno de Ansiedade Generalizada. Além disso, 44,2% eram portadores do tipo misto, 30,8% eram do tipo predominante desatento e 25% apresentavam o tipo predominante hiperativo-impulsivo. Esses achados indicam a necessidade de um manejo apropriado das condições de saúde associadas para evitar os prejuízos socioeducacionais que esse transtorno pode acarretar.

Palavras chaves: TDAH. Comorbidades. Perfil Epidemiológico.

Abstract: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder that leads to educational and social impacts on affected individuals and is often associated with a wide range of coexisting psychiatric conditions. This study aimed to describe the epidemiological profile of patients with ADHD in a city in southern Santa Catarina, Brazil. It is a retrospective descriptive study based on secondary data collected from medical records. The data were analyzed using the GNU PSPP software. A total of 61 patients with ADHD seen by the neurology service at the Health Reference Unit in Cocal do Sul, Santa Catarina, between 2021 and 2024 were evaluated. The study found that 72.1% of the patients were between 0 and 11 years old, and 57.4% had associated comorbidities, with 19.7% diagnosed with insomnia, 27.9% with Oppositional Defiant Disorder, and 19.7% with Generalized Anxiety Disorder. Additionally, 44.2% had the combined type, 30.8% had the predominantly inattentive type, and 25% had the predominantly hyperactive-impulsive type. These findings highlight the need for appropriate management of associated health conditions to prevent the socio-educational impairments that this disorder may cause.

Key-words: ADHD. Comorbidities. Health Profile.

INTRODUÇÃO

O Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), é um distúrbio do neurodesenvolvimento, que tem seu início na infância, mas que pode persistir na vida adulta, determinado por sintomas de desatenção, impulsividade e/ou inquietação motora⁽¹⁾. Essa condição tem um impacto significativo em diversos aspectos da vida, resultando em dificuldades sociais e educacionais como, baixo acesso ao ensino superior, baixa escolaridade e evasão escolar, estando associado a uma ampla variedade de transtornos psiquiátricos coexistentes⁽²⁾.

De modo geral, percebe-se que o TDAH acaba afetando cerca de 5% a 7,5% das crianças e adolescentes em todo mundo, sendo considerado um dos distúrbios mais comuns na infância⁽³⁾. Além disso, adultos entre 18 e 44 anos, aproximadamente 4,4% são acometidos, verificando-se um aumento no número de indivíduos com mais de 50 anos buscando avaliação clínica pela primeira vez⁽⁴⁾. Em relação ao sexo, nota-se uma predominância do sexo masculino, com uma proporção aproximadamente duas vezes superior a do sexo feminino⁽⁵⁾. Em contrapartida, as mulheres diagnosticadas com TDAH têm mais chances de ter uma desordem internalizante, como ansiedade ou depressão⁽⁶⁾.

Nos últimos anos, observou-se diversas comorbidades associadas ao TDAH em crianças e adolescentes, sendo o Transtorno Opositor Desafiador (TOD), distúrbios do sono e Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG), as mais predominantes⁽⁷⁾. Uma pesquisa realizada na Noruega em pacientes com manifestações clínicas de TDAH, demonstrou que 43% dos indivíduos tiveram sintomas significativos de insônia, 41% relataram curta duração do sono e 6% reportaram longa duração do sono, descobrindo que esse transtorno tem forte associação com a insônia⁽⁸⁾. Além disso, um estudo realizado em Genebra com 358 pacientes diagnosticados com TDAH, evidenciou que 56% dos indivíduos tinham TAG, e foi relatado que, a presença dessa comorbidade, estava associada a uma apresentação clínica mais grave⁽⁹⁾.

De acordo com o quinto manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM5) são citados 3 principais subtipos de TDAH⁽¹⁰⁾. O tipo predominantemente desatento, caracterizado por dificuldades em manter a atenção, organização e conclusão de tarefas, sem sintomas significativos de hiperatividade ou impulsividade⁽¹¹⁾. Além disso, temos o tipo predominantemente hiperativo-impulsivo, onde há níveis desadaptativos de hiperatividade-impulsividade, com menor presença de desatenção⁽¹²⁾. E por fim, o tipo combinado, que inclui sintomas significativos tanto de desatenção quanto de hiperatividade-impulsividade, sendo considerado o subtipo mais comum do TDAH⁽¹³⁾.

O tratamento consiste primeiramente no aconselhamento aos pais, fornecendo informações sobre o transtorno e estratégias para lidar com os sintomas, em seguida, são

implementadas intervenções diretas, como terapia cognitivo comportamental individual, psicoterapia, incentivo à prática esportiva e por fim, considera-se a introdução de medicação psicoestimulante ou não⁽¹⁴⁾. Em relação aos medicamentos, a administração de Metilfenidato é frequentemente o método de escolha, no entanto, Lisdexanfetamina bem como não psicoestimulantes, como Atomoxetina e Guanfacina, também são utilizados⁽¹⁵⁾. Apesar de terem uma baixa evidência, antidepressivos tricíclicos e antipsicóticos compõem o arsenal terapêutico⁽¹⁶⁾.

O TDAH está associado a diversas comorbidades importantes, resultando em problemas sociais e educacionais. Diante do exposto, a pesquisa nessa área é fundamental para que se conheça o perfil epidemiológico dos pacientes, entendendo assim as características clínicas desses indivíduos. Esse conhecimento permite identificar os pacientes mais afetados por esse transtorno e, a partir disso, promover ações multidisciplinares para oferecer um melhor auxílio e manejo para o grupo de pessoas com TDAH. Dessa forma, este estudo objetivou descrever o perfil epidemiológico dos pacientes com TDAH em uma cidade do sul de Santa Catarina, identificar os dados sociodemográficos dos pacientes, conhecer as principais comorbidades associadas dos indivíduos e observar o tipo de TDAH predominante.

PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Aspectos éticos : O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa em Humanos (CEP) da Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC), sob o parecer 6.969.092, tendo como base a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Foram respeitados os princípios da Lei Geral de Proteção de Dados – Lei 13.709/2018 (LGPD).

Desenho do estudo: Estudo retrospectivo descritivo, com coletas de dados secundários de prontuários.

População: A população do estudo foi composta por 61 pacientes diagnosticados com TDAH atendidos no serviço de neurologia da Unidade de Referência em Saúde de Cocal do Sul, Santa Catarina, no período de janeiro de 2021 a julho de 2024.

Coleta de dados: Os dados coletados foram avaliados através da análise de prontuários, dos quais foram retiradas as seguintes informações: sexo, idade, escolaridade, presença de comorbidades associadas, Transtorno Opositor Desafiador, insônia, Transtorno de Ansiedade Generalizada e tipos de TDAH.

Análise estatística : Os dados coletados foram avaliados com auxílio do software GNU PSPP. As variáveis qualitativas (faixa etária, sexo, escolaridade, presença de comorbidades associadas,

Transtorno Opositor Desafiador, insônia, Transtorno de Ansiedade Generalizada, tipos de TDAH) foram expressas por meio de frequência e porcentagem. Todos os resultados foram expressos por meio de tabelas e/ou figuras.

RESULTADOS:

Este estudo avaliou o perfil epidemiológico de 61 pacientes diagnosticados com TDAH em um município do sul de Santa Catarina no período de janeiro de 2021 até julho de 2024. A tabela 1 mostra que 72,1% dos pacientes se encontravam na faixa etária de 0 a 11 anos. Referente ao sexo, 73,8% eram do sexo masculino. No que diz respeito à escolaridade, 84,8% tinham ensino fundamental incompleto. Quanto à presença de comorbidades associadas, 57,4% dos pacientes apresentavam comorbidades. Verificou-se que 27,9% tinham Transtorno Opositor Desafiador, 19,7% apresentavam insônia e 19,7% possuíam Transtorno de Ansiedade Generalizada. Em relação ao tipo de TDAH, 44,2% eram portadores do tipo Misto, 30,8% eram do tipo Predominante desatento e 25% eram do tipo Predominante hiperativo-impulsivo.

DISCUSSÃO:

O presente estudo, o qual objetivou avaliar o perfil epidemiológico de pacientes com TDAH evidenciou que 72,1% dos indivíduos encontravam-se na faixa etária de 0 a 11 anos, sendo que 73,8% dos pacientes eram do sexo masculino. Nesse sentido, um estudo realizado em Taiwan que avaliou o perfil epidemiológico de 112.225 indivíduos com TDAH, encontrou que a população mais afetada foi crianças na faixa etária de 0 a 12 anos, com distribuição entre os sexos mostrando o TDAH mais frequente em homens (83,5%) do que em mulheres⁽¹⁷⁾. A partir disso, a presença do TDAH em idades menores pode ser explicada pela interação de fatores genéticos e ambientais, como exposição pré-natal ao tabaco, álcool, estresse materno, baixo peso ao nascer e complicações no parto⁽¹⁸⁾. Esses fatores impactam mais significativamente durante os estágios iniciais do desenvolvimento, tornando a infância um período crítico para o surgimento desse transtorno⁽¹⁹⁾. Por outro lado, a maior prevalência do TDAH entre os homens pode ser explicada pelas diferenças na manifestação dos sintomas entre os sexos, uma vez que os homens tendem a exibir comportamentos mais impulsivos e hiperativos, que são mais visíveis, levando a uma maior probabilidade de serem encaminhados para avaliação e diagnóstico⁽²⁰⁾. Em contrapartida, mulheres frequentemente apresentam sintomas mais sutis, como desatenção, que podem passar despercebidos por pais e educadores⁽²¹⁾.

Além disso, essa pesquisa, através da análise da escolaridade, encontrou que 84,8% dos pacientes possuía ensino fundamental incompleto, 8,7% possuía ensino médio completo e apenas 4,3% tinham ensino superior incompleto. Nesse contexto, um estudo realizado na Suécia

com 28.914 pacientes diagnosticados com TDAH observou que 37,3% dos indivíduos concluíram apenas o ensino fundamental, 48,8% completaram o ensino médio e 13,9% alcançaram o ensino superior⁽²²⁾. Apesar de os dois estudos terem sido realizados em países diferentes, o percentual de pacientes que possuíam ensino superior é baixo entre as duas pesquisas. Isso pode ser explicado pela alta prevalência do transtorno em crianças, mas também, pelo fato de indivíduos com TDAH apresentarem dificuldade em planejamento, organização, controle de impulsos e regulação emocional, fatores essenciais para sucesso acadêmico⁽²³⁾. Além disso, ambientes familiares disfuncionais, caracterizados por altos níveis de estresse, falta de apoio social e educacional adequado também contribuem para isso ⁽²⁴⁾. Portanto, é comum que pacientes com TDAH, tenham níveis de escolaridade mais baixos.

O presente trabalho demonstrou que 57,4% dos pacientes possuía comorbidades associadas, dentre elas 19,7% tinham insônia, 27,9% tinham Transtorno Opositor Desafiador (TOD) e 19,7% eram portadores de Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG). Diante disso, um estudo populacional realizado nos Estados Unidos com 30.532 crianças e adolescentes com TDAH encontrou que 37,9% dos indivíduos tinham TAG, 26,1% apresentavam TOD e 31% tinham insônia⁽²⁵⁾. Esses dados reforçam a prevalência significativa de comorbidades associadas em pacientes com TDAH. Isso ocorre devido a uma disfunção nos circuitos cerebrais que integram o córtex pré-frontal, amígdala e sistema reticular ativador ascendente, comprometendo o controle da atenção, da impulsividade, das emoções e do sono, o que favorece a desregulação comportamental, ansiedade e dificuldade para iniciar e manter o sono⁽²⁶⁾. A partir disso, a insônia em indivíduos com TDAH resulta em prejuízos significativos no humor, atenção, comportamento e, conseqüentemente, no desempenho escolar e qualidade de vida⁽²⁷⁾. Já pacientes com TDAH e TAG concomitantemente, podem responder menos favoravelmente a tratamentos padrão como a terapia cognitivo-comportamental, e como consequência, necessitam de abordagens terapêuticas adicionais ou combinadas ⁽²⁸⁾. Além disso, crianças com TDAH e TAG têm maior probabilidade de desenvolver outros transtornos, como depressão, e apresentam histórico familiar mais significativo de transtornos psiquiátricos ⁽²⁹⁾. Por fim, a combinação de TDAH e TOD está associada a um prognóstico clínico mais desfavorável, com maior comprometimento funcional e necessidade de intervenções terapêuticas mais intensivas ⁽³⁰⁾.

No que diz respeito aos tipos de TDAH, esse estudo elucidou que 44,2% dos indivíduos eram portadores do tipo misto, 30,8% eram portadores do tipo predominante desatento e 25% apresentavam o tipo predominante hiperativo-impulsivo. Nesse sentido, uma pesquisa realizada na Dinamarca, que avaliou 155 pacientes com TDAH, evidenciou que a maioria dos pacientes apresentavam o subtipo combinado (78%), seguida pelo tipo predominante desatento (18%) e pelo tipo predominante hiperativo-impulsivo (4%)⁽³¹⁾. A alta prevalência do tipo combinado em ambos os estudos pode ser explicada pelo fato do córtex pré-frontal, que é responsável pelo

controle de impulsos e pela manutenção da atenção, frequentemente apresenta hipoatividade em indivíduos com TDAH, contribuindo tanto para a falta de foco quanto para a dificuldade em inibir comportamentos impulsivos, fazendo com que esses indivíduos manifestem sintomas desatentos e hiperativo-impulsivos concomitantemente⁽³²⁾. Além disso, o tipo combinado tende a ser associado a uma gama maior de problemas adicionais, como distúrbios de comportamento, ansiedade e dificuldades acadêmicas, levando, conseqüentemente, a uma maior busca por atendimento⁽³³⁾.

É importante destacar que este estudo apresenta certas limitações. Por se tratar de um estudo com coleta de dados secundários de prontuários, ocorreu a ausência de certas informações como nível de escolaridade e tipos de TDAH. Além disso, a pesquisa foi realizada com um pequeno número de pacientes de uma única unidade de um único município. Apesar disso, o estudo possui fortalezas, como o fato de que esse é um dos poucos estudos que avaliam o perfil epidemiológico de pacientes com TDAH. Isso é importante pois se trata de um dos transtornos mais comuns na infância⁽³⁾, ocorrendo a carência de estudos na área.

CONCLUSÃO:

O presente estudo, que avaliou o perfil epidemiológico de pacientes com TDAH elucidou uma alta prevalência desse transtorno em indivíduos mais jovens, além de uma parcela importante de comorbidades relacionadas. Esses achados sugerem a necessidade do manejo adequado das condições de saúde associadas, para evitar os impactos sociais e educacionais que esse transtorno causa, principalmente na população pediátrica. Apesar de ser um estudo de pequeno porte, ele coincide com achados de outras pesquisas da área. Por fim, estudos maiores são necessários, para que se trace um perfil epidemiológico mais abrangente.

LISTA DE REFERÊNCIAS:

1. Zayats T, Neale BM. Recent advances in understanding of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): how genetics are shaping our conceptualization of this disorder. *F1000Res* [Internet]. 2020;8:2060. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.18959.2>
2. Sun S, Kuja-Halkola R, Faraone SV, et al. Association of psychiatric comorbidity with the risk of premature death among children and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2019;76(11):1141. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1944>
3. Vilar-Ribó L, Cabana-Domínguez J, Martorell L, et al. Shared genetic architecture between attention-deficit/hyperactivity disorder and lifespan. *Neuropsychopharmacology* [Internet]. 2023;48(7):981–90. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1038/s41386-023-01555-x>
4. Goodman DW, Mitchell S, Rhodewalt L, et al. Clinical presentation, diagnosis and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) in older adults: A review of the evidence and its implications for clinical care. *Drugs Aging* [Internet]. 2016;33(1):27–36. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s40266-015-0327-0>
5. Danielson ML, Bitsko RH, Ghandour RM, et al. Prevalence of parent-reported ADHD diagnosis and associated treatment among U.s. children and adolescents, 2016. *J Clin Child Adolesc Psychol* [Internet]. 2018;47(2):199–212. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/15374416.2017.1417860>
6. Tung I, Li JJ, Meza JJ, et al. Patterns of comorbidity among girls with ADHD: A meta-analysis. *Pediatrics* [Internet]. 2016;138(4). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1542/peds.2016-0430>
7. Franke B, Michelini G, Asherson P, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2018;28(10):1059–88. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2018.08.001>
8. Becker SP. ADHD and sleep: recent advances and future directions. *Curr Opin Psychol* [Internet]. 2020;34:50–6. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2019.09.006>
9. Quenneville AF, Kalogeropoulou E, Nicastro R, Weibel S, Chanut F, Perroud N. Anxiety disorders in adult ADHD: A frequent comorbidity and a risk factor for externalizing problems. *Psychiatry Res* [Internet]. 2022;310(114423):114423. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114423>

10. Custodio RJP, Kim M, Chung Y-C, et al. Thrsp gene and the ADHD predominantly inattentive presentation. *ACS Chem Neurosci* [Internet]. 2023;14(4):573–89. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1021/acscchemneuro.2c00710>
11. Rostami M, Khosrowabadi R, Albrecht B, et al. Classifying ADHD subtypes/presentations considering the joint effect of three levels of investigation. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2021;75(1):31–7. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/08039488.2020.1787512>
12. Longo G, Servasi M, Orsolini L, Volpe U. Temperamental differences in the subtypes of attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Eur Psychiatry* [Internet]. 2024;67(S1):S168–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1192/j.eurpsy.2024.373>
13. Salvi V, Migliarese G, Venturi V, Rossi F, Torriero S, Viganò V, et al. ADHD in adults: clinical subtypes and associated characteristics. *Riv Psichiatr* [Internet]. 2019;54(2):84–9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1708/3142.31249>
14. Geissler J, Jans T, Banaschewski T, et al. Individualised short-term therapy for adolescents impaired by attention-deficit/hyperactivity disorder despite previous routine care treatment (ESCAadol)—Study protocol of a randomised controlled trial within the consortium ESCAlife. *Trials* [Internet]. 2018;19(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/s13063-018-2635-2>
15. Enriquez-Geppert S, Smit D, Pimenta MG, et al. Neurofeedback as a treatment intervention in ADHD: Current evidence and practice. *Curr Psychiatry Rep* [Internet]. 2019;21(6). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s11920-019-1021-4>
16. Nazarova VA, Sokolov AV, Chubarev VN, Tarasov VV, Schiöth HB. Treatment of ADHD: Drugs, psychological therapies, devices, complementary and alternative methods as well as the trends in clinical trials. *Front Pharmacol* [Internet]. 2022;13:1066988. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fphar.2022.1066988>
17. Kao P-H, Ho C-H, Huang CL-C. Sex differences in psychiatric comorbidities of attention-deficit/hyperactivity disorder among children, adolescents, and adults: A nationwide population-based cohort study. *PLoS One* [Internet]. 2025;20(1):e0315587. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0315587>
18. Leffa DT, Caye A, Belangero SI, Gadelha A, Pan PM, Salum GA, et al. The synergistic effect of genetic and environmental factors in the development of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children and adolescents. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2023;1–11. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1017/S0954579423000366>

19. Høberg A, Solberg BS, Haavik J, Smajlagic D, Havdahl A, Bekkhus M, et al. Genetically informed early identification of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in the Norwegian mother, father and child cohort study (MoBa). *Eur Neuropsychopharmacol* [Internet]. 2023;75:S22–3. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.euroneuro.2023.08.050>
20. De Rossi P, Pretelli I, Menghini D, D'Aiello B, Di Vara S, Vicari S. Gender-related clinical characteristics in children and adolescents with ADHD. *J Clin Med* [Internet]. 2022;11(2):385. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3390/jcm11020385>
21. Mowlem F, Agnew-Blais J, Taylor E, Asherson P. Do different factors influence whether girls versus boys meet ADHD diagnostic criteria? Sex differences among children with high ADHD symptoms. *Psychiatry Res* [Internet]. 2019;272:765–73. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.128>
22. Jangmo A, Kuja-Halkola R, Pérez-Vigil A, Almqvist C, Bulik CM, D'Onofrio B, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and occupational outcomes: The role of educational attainment, comorbid developmental disorders, and intellectual disability. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(3):e0247724. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0247724>
23. Henning C, Summerfeldt LJ, Parker JDA. ADHD and academic success in university students: The important role of impaired attention. *J Atten Disord* [Internet]. 2022;26(6):893–901. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/10870547211036758>
24. Al Zaben F, Sehlo M, Alghamdi W, Tayeb H, Khalifa D, Altowaireb A, et al. Risk factors for ADHD and comorbid psychiatric, academic and behavior problems among primary school students in Jeddah, Saudi Arabia. *Int J Psychiatry Med* [Internet]. 2021;56(6):422–32. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/0091217420982266>
25. Mohammadi M-R, Zarafshan H, Khaleghi A, Ahmadi N, Hooshyari Z, Mostafavi S-A, et al. Prevalence of ADHD and its comorbidities in a population-based sample. *J Atten Disord* [Internet]. 2021;25(8):1058–67. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1087054719886372>
26. Arias-Mera C, Paillama-Raimán D, Lucero-González N, Leiva-Bianchi M, Avello-Sáez D. Relation between sleep disorders and attention deficit disorder with hyperactivity in children and adolescents: A systematic review. *Res Dev Disabil* [Internet]. 2023;137(104500):104500. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2023.104500>
27. Wajszilber D, Santiseban JA, Gruber R. Sleep disorders in patients with ADHD: impact and management challenges. *Nat Sci Sleep* [Internet]. 2018;10:453–80. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.2147/NSS.S163074>

28. D'Agati E, Curatolo P, Mazzone L. Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *Int J Psychiatry Clin Pract* [Internet]. 2019;23(4):238–44. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1080/13651501.2019.1628277>
29. Melegari MG, Bruni O, Sacco R, Barni D, Sette S, Donfrancesco R. Comorbidity of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Generalized Anxiety Disorder in children and adolescents. *Psychiatry Res* [Internet]. 2018;270:780–5. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2018.10.078>
30. Noordermeer SDS, Luman M, Weeda WD, Buitelaar JK, Richards JS, Hartman CA, et al. Risk factors for comorbid oppositional defiant disorder in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry* [Internet]. 2017;26(10):1155–64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1007/s00787-017-0972-4>
31. Soendergaard HM, Thomsen PH, Pedersen E, Pedersen P, Poulsen AE, Winther L, et al. Associations of age, gender, and subtypes with ADHD symptoms and related comorbidity in a Danish sample of clinically referred adults. *J Atten Disord* [Internet]. 2016;20(11):925–33. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1177/1087054713517544>
32. Wu T, Liu X, Cheng F, Wang S, Li C, Zhou D, et al. Dorsolateral prefrontal cortex dysfunction caused by a go/no-go task in children with attention-deficit hyperactivity disorder: A functional near-infrared spectroscopy study. *Front Neurosci* [Internet]. 2023;17:1145485. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.3389/fnins.2023.1145485>
33. AlZaben FN, Sehlo MG, Alghamdi WA, Tayeb HO, Khalifa DA, Mira AT, et al. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid psychiatric and behavioral problems among primary school students in western Saudi Arabia. *Saudi Med J* [Internet]. 2018;39(1):52–8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15537/smj.2018.1.21288>

Tabela 1 – Perfil epidemiológico dos pacientes com transtorno do déficit de atenção e hiperatividade em uma clínica no sul do estado de Santa Catarina no período de janeiro de 2021 a julho de 2024.

	n (%) n = 61
Faixa etária	
Infância (0-11 anos)	44 (72,1)
Adolescência (12-17 anos)	12 (19,7)
Adulto (≥ 18 anos)	5 (8,2)
Sexo	
Masculino	45 (73,8)
Feminino	16 (26,2)
Escolaridade	
Ensino fundamental incompleto	39 (84,8)
Ensino fundamental completo	1 (2,2)
Ensino médio completo	4 (8,7)
Ensino superior incompleto	2(4,3)
Não informado	15
Comorbidades associadas	
Sim	35 (57,4)
Não	26 (42,6)
Comorbidades	
Transtorno Opositor Desafiador	17 (27,9)
Insônia	12 (19,7)
Transtorno de Ansiedade Generalizada	12 (19,7)
Tipos de TDAH	
Predominante desatento	16 (30,8)
Predominante hiperativo-impulsivo	13 (25,0)
Misto	23 (44,2)
Não informado	9

Fonte: Dados da pesquisa, 2025.

Diretrizes para Autores

A revista Arquivos Catarinenses de Medicina (Arq Catarin Med.), periódico científico da Associação Catarinense de Medicina, destina-se à publicação de artigos originais, artigos de atualização e revisão, relatos ou estudos de casos.

O periódico possui edições trimestrais, com foco nas áreas: medicina I, medicina II, saúde multidisciplinar e gestão em saúde.

Premissas Básicas:

Os artigos deverão ser submetidos conforme redação e estrutura informados a seguir. Os arquivos que não observarem tais indicações serão recusados na triagem inicial.

Artigos de Revisão ou Relatos de casos, não poderão utilizar-se de bibliografias com mais de 10 anos entre a data do material referenciado e a data da submissão. Na hipótese de não existir literatura tempestiva, o artigo de revisão deixa de ter relevância ao seu propósito e o relato de caso superficial. A título de exceção, pode-se avaliar casos devidamente fundamentados por um autor sênior.

Os autores estão cientes e acordados que as decisões do corpo editorial do periódico, quanto à aceitação ou rejeição, inicial ou final; à necessidade de revisões, correções ou modificações. A decisão dos avaliadores e/ou corpo editorial é definitiva, não cabendo recursos em relação a este ato”.

O parecer final sempre será do avaliador e/ou do Conselho Editorial, sendo que todos os cuidados serão tomados no sentido de se garantir o anonimato de ambas as partes (avaliadores e autores) durante o período de avaliação.

A publicação dos artigos aprovados seguirá a ordem cronológica de sua aceitação. Os custos de diagramação seguirão por conta dos autores quando do aceite para a publicação.

O número máximo de autores aceitável é de 6 (seis), exceto em casos de trabalhos considerados de excepcional complexidade.

As correções solicitadas ao(s) autor(es) devem ser encaminhadas no prazo máximo de 15 dias.

Condições para submissão

Todas as submissões devem atender aos seguintes requisitos.

- Declaro que o artigo é original; que não foi publicado na íntegra e não está sendo submetido a outro periódico e nem o será, enquanto estiver sob apreciação desta revista; que todos os autores estão de acordo com a versão final do trabalho; que a revista Arquivos Catarinenses de Medicina passa a ter direitos autorais sobre o artigo, caso ele venha a ser publicado e que aceitaremos as decisões do corpo editorial do periódico, quanto à necessidade de revisões ou modificações, não cabendo recursos, em caso de recusa inicial, em decorrência do não cumprimento dos princípios éticos ou de erros significativos de metodologia, ou após a revisão dos mesmos.
- O arquivo da submissão está em formato Microsoft Word.
- O texto segue os padrões de estilo e requisitos bibliográficos descritos em [Diretrizes para Autores](#), na página Sobre a Revista.
- Em caso de submissão a uma seção com avaliação pelos pares (ex.: artigos), as instruções disponíveis em assegurando a avaliação pelos pares cega foram seguidas.
- Orientações para a preparação dos originais:

O processador de texto a ser utilizado deve ser Microsoft Word (Office®). Fontes Times New Roman tamanho 11, justificado, espaçamento entre linhas 1,5.

Tamanho máximo dos originais (incluindo referências bibliográficas):

- a) Artigos originais: 15 páginas;
- b) Artigos de atualização e revisão: 15 páginas;
- c) Relatos e estudos de casos: 5 páginas.

As seções deverão ter a seguinte ordem: folha de rosto, resumo em português, resumo em inglês (abstract), introdução, métodos, resultados, discussão, conclusão, referências bibliográficas, tabelas, quadros e ilustrações.

O original, incluindo tabelas, quadros, ilustrações e referências bibliográficas, deve seguir os “Requisitos Uniformes para Originais Submetidos a Revistas Biomédicas”, publicado pelo [Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas](#) (1).

a) Folha de rosto: deve conter o título do artigo em português e em idioma inglês, ambos de forma concisa; o nome pelo qual cada autor é conhecido, com seu grau acadêmico mais alto e sua filiação institucional (a titulação deve ser inserida no texto como nota de rodapé); o nome do(s) departamento(s) e da(s) instituição(ões) às quais o trabalho deve ser atribuído; endereço eletrônico (e-mail) de todos os autores; município e unidade federativa e país; e a(s) fonte(s) de financiamento, sob a forma de verbas, de equipamento, de drogas, ou todas elas.

b) Resumo em português: redigido na segunda página, com até 250 palavras, apresentando o contexto da pesquisa, os objetivos que à alcançar, o enquadramento metodológico e as principais conclusões. A formatação do texto no resumo é sem recuo de parágrafo e o espaçamento entre linhas é simples. Abaixo do resumo, indicar as palavras-chaves, compostas de no máximo 5 descritores que necessariamente precisam estar contidas no resumo.

- c) Resumo em inglês: (Abstract): tradução do resumo para o idioma inglês, cuidando para não utilizar tradutores eletrônicos, uma vez que a transcrição literal pode induzir a interpretações equivocadas.
- d) Introdução: contextualização do tema pesquisado, contemplando os objetivos geral e específicos do estudo, as eventuais hipóteses e os motivos que justificam a realização do estudo.
- e) Revisão de literatura: texto que englobe os conceitos ou definições dos autores utilizados na pesquisa e que constam nas referências bibliográficas.
- f) Procedimentos Metodológicos: informar o enquadramento da pesquisa e os métodos utilizados no estudo.
- g) Texto da Pesquisa: deve apresentar a investigação efetuada e as análises possíveis a partir dela, todas sustentadas na literatura constante na revisão de literatura e referências bibliográficas.
- h) Conclusões e Considerações finais: retomada da pesquisa, indicando as principais conclusões e eventuais aplicações. Além disto deve especificar se os objetivos definidos foram alcançados ou se necessitam de estudos futuros.
- i) Referências: devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. Devem ser utilizados números arábicos, entre parênteses e sobrescritos, sem espaço entre o número da citação e a palavra anterior, e antecedendo a pontuação da frase ou parágrafo [Exemplo: cuidado⁽⁵⁾]. O número máximo de referência é de 50 e o ano de publicação das referências não poderá ser maior do que 10 anos da data do manuscrito submetido, admitindo-se considerar maior prazo em casos em que não exista comprovadamente autores mais atuais com mesma abordagem. Devem ser formatadas no Estilo Vancouver (<http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>). (Quando o número de autores ultrapassar à 3 somente os 3 primeiros devem ser citados, seguidos da expressão et al.).
- j) Tabelas (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.): cada tabela deve ser numerada na ordem de aparecimento no texto, e com um título sucinto, porém, explicativo. Todas as explicações devem ser apresentadas em notas de rodapé e não no cabeçalho. A tabela segue a norma NBR 14724:2011 subitem 5.9, que por sua vez, remete as Normas de Apresentação Tabular do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (1993). A tabela apresenta os seguintes elementos: título, cabeçalho, conteúdo, fonte e, se necessário, nota(s) explicativa(s) (geral e/ou específica). É dividida por o mínimo possível de linhas na horizontal e as bordas laterais não podem ser fechadas. Não sublinhar ou desenhar linhas dentro das tabelas, não usar espaços para separar colunas. Exemplo:
- k) Quadros (elementos demonstrativos com informações textuais): embora siga especificações semelhantes às informadas nas tabelas (título, fonte, legenda, nota(s) e outras informações necessárias), terá suas laterais fechadas e sem limite de linhas horizontais.
- l) Figuras (fotografias, desenhos, gráficos): devem ser colocadas com título e legenda, e numeradas na ordem de aparecimento do texto. Gráficos devem ser apresentados em preto e branco e somente em duas dimensões. Fotos não devem permitir a identificação do paciente; tarjas cobrindo os olhos podem não constituir proteção adequada. Caso

exista a possibilidade de identificação, é obrigatória a inclusão de documento escrito, fornecendo consentimento livre e esclarecido para a publicação.

m) Abreviaturas: devem ser evitadas, pois prejudicam a leitura confortável do texto. Quando usadas, devem ser definidas, ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título ou no resumo.

Orientações sobre alguns tipos de publicações

Artigos de revisão e atualização:

Os artigos de revisão e atualização deverão ser apresentados no mesmo formato que os artigos originais, contendo página de rosto, título, resumo e descritores em português e inglês, texto, referências bibliográficas, tabelas e figuras. O número máximo de páginas não deverá exceder a 15.

Relatos de casos:

Devem conter página de rosto com as mesmas informações exigidas e explicitadas anteriormente. O texto deverá conter uma introdução breve, que situa o leitor em relação à importância do assunto e mostra os objetivos da apresentação do(s) caso(s) em questão; o relato resumido do caso, bem como os comentários relevantes e comparados à literatura. O relato de caso não deverá exceder a quatro páginas.

Artigos de Revisão ou Relatos de casos, não poderão utilizar-se de bibliografias com mais de 10 anos entre a data do material referenciado e a data da submissão. Na hipótese de não existir literatura tempestiva, o artigo de revisão deixa de ter relevância ao seu propósito e o relato de caso superficial. A título de exceção, pode-se avaliar casos devidamente fundamentados por um autor sênior.

Resumos de dissertações e teses:

Referências:

1. International Committee of Medical Journal Editors. Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals. JAMA 1997;277:927-34.
2. Haynes RB, Mulrow CD, Huth EJ, Altman DJ, Gardner MJ. More informative abstracts revisited. Ann Intern Med 1990;113:69-76.
3. BIREME - Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde. DeCS - Descritores em ciências da saúde: lista alfabética. 2ª ed. Ver. Amp. São Paulo: BIREME; 1992.111p.
4. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196 de 10/10/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. DOU 1996 Ouc 16; nº 201, seção 1:21082-21085.

Sites de ajuda:

1. Como elaborar referências bibliográficas, segundo o Estilo de Vancouver. <http://www.bu.ufsc.br/ccsm/vancouver.html>

2. Como obter ORCID ? <https://bibliotecafea.com/>

3. Normas de apresentação tabular conforme o IBGE <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv23907.pdf>

Lista de Checagem:

Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem abaixo para certificarem-se de que todo o material requerido está sendo enviado. Lembramos que só serão aceitos para avaliação artigos que estejam dentro das normas desta publicação.

- Página de rosto com todas as informações solicitadas.
- Resumo em português e inglês com descritores.
- Texto contendo introdução, método, resultados e discussão.
- Inclusão da informação sobre aprovação do trabalho por Comitê de Ética em Pesquisa Médica.
- Referências bibliográficas no estilo Vancouver, numeradas por ordem de aparecimento no texto.
- Tabelas numeradas por ordem de aparecimento.
- Gráficos numerados por ordem de aparecimento.
- Figuras identificadas e com legendas.